AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La Sottoscritt __ genitore dell'alunn__ _____

frequentante la classe/sezione _____della scuola _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

☐ Di aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a e di aver asportato tutte le lendini.

☐ Di non aver effettuato nessun trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a, in quanto, dopo aver controllato la testa, non sono stati riscontrati né lendini né pidocchi.

(barrare le voce interessata)

Data _____ Firma del genitore _____

ATTENZIONE:
Si fa presente che questa dichiarazione, concordata con U.O. di Igiene Pubblica di Empoli, è necessari per la riammissione a scuola